

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THÈSE 1140

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Pierre GROBON

Né le 2 Janvier 1915, à Paris.

**Sur un cas de typho-bacillose,
avec épanchement pleural droit
au 22^{me} jour et s'accompagnant
d'images radiologiques concluantes**

Président : M. LÉON BINET, Professeur.

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre GROBON

Né le 2 Janvier 1915, à Paris.

**Sur un cas de typho-bacillose,
avec épanchement pleural droit
au 22^{me} jour et s'accompagnant
d'images radiologiques concluantes**

Président : M. LÉON BINET, Professeur.

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

	»	.....	ROUVIERE.
Clinique gynécologique	.....	Léon BINET.	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	.....	STROHL.	
Clinique thérapeutique médicale	.....	POLONOVSKI.	
Clinique oto-rhino-laryngologique	.....	Robrt DEBRE.	
Clinique thérapeutique chirurgicale	.....	BRUMPT.	
Clinique propédeutique	.....	BAUDOUIN.	
Clinique de la Tuberculose	.....	ABRAMI.	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	.....	MONDOR.	
Clinique de cardiologie	.....	LEROUX.	
Clinique de neuro-chirurgie	.....	CHAMPY.	
Assistance médico-sociale	.....	TIFFENEAU.	
Professeurs sans chaire	.....	HARVIER.	
»	.....	TANON.	
»	.....	BALTHAZARD.	
»	.....	LAIGNEL-LAVASTINE.	
»	.....	FIESSINGER.	
»	.....	CHIRAY	
Hygiène et médecine préventive	.....	LOEPER.	
Médecine légale	.....	CARNOT.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	.....	CLERC.	
Pathologie expérimentale et comparée	.....	Marcel LABBE.	
Hydrologie thérapeutique et climatologie	.....	LEREBoullet.	
Clinique médicale	.....	NOBECOURT.	
»	.....	H. CLAUDE.	
»	.....	GOUGEROT.	
»	.....	GUILLAIN.	
Hygiène et clinique de la première enfance	.....	LEMIERRE.	
Clinique des maladies des enfants	.....	CUNEO.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	.....	GOSSET.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	.....	GREGOIRE.	
Clinique des maladies du système nerveux	.....	LENORMANT.	
Clinique des maladies infectieuses	.....	TERRIEN.	
Clinique chirurgicale	.....	CHEVASSU.	
»	.....	COUVELAIRE.	
»	.....	JEANNIN.	
»	.....	LEVY-SOLAL	
Clinique ophtalmologique	.....	MOCQUOT.	
Clinique urologique	.....	OMBREDANNE.	
Clinique d'accouchements	.....	RATHERY.	
»	.....	LEMAITRE.	
Anatomie	.....	Pierre DUVAL.	
Physiologie	.....	Maurice VILLARET.	
Physique médicale	.....	TROISIÈRE	
Chimie médicale	.....	MATHIEU.	
Bactériologie	.....	LAUBRY.	
Parasitologie et histoire naturelle médicale	.....	Giovis VINCENT.	
Pathologie et thérapeutique générales	.....	N...	
Pathologie médicale	.....	HAZARD	
Pathologie chirurgicale	.....	HOVELACQUE.	
Anatomie pathologique	.....	MULON.	
Histologie	.....	OLIVIER.	
Pharmacologie et matière médicale	.....	SANNIE	
Thérapeutique	.....	VERNE.	

R: UNIV

BIBLIOTHEEK

LEIDEN



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) ..	Pathologie médicale.
Justin BESANÇON ...	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.
GAYET	Physiologie
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie Médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
HUGUENIN	Anat. pathologique.
JOANNON	Hygiène.

MM.

LACOMME	Obstétrique.
LANTUEIOL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgic.
M ^{II} J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie
MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETTI-DUTAILLIS ..	Anat. pathologique.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHTET	Physiologie.
SÈNEQUE	Pathologie chirurgic.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathol chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHARLEY-BERT	Physiologie.
GUENOT	Obstétrique.
HEITZ-GUYER	Pathologie chirurgic.

MM.

LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
LE LORIER	Obstétrique.
SCHWARTZ	Patholog. chirurgicale
NEVEU-LEMAIRE ...	Obstétrique.
VAUDESCAL	Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM

ALAJOUANINE	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VALLERY- RADOT	
SÉZARY	

MM

BASSET	} Clinique Chirurgicale.
BROCO	
CADENAT	
GATELLIER	
MOURE	
QUENU	
VELTER	} Clinique obstétricale.
ECALLE	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

LE DOCTEUR VÉTÉRIKAIRE GROBON

Chevalier de la Légion d'Honneur

En témoignage de ma très profonde affection et de mon infinie reconnaissance morale et scientifique.

MEIS ET AMICIS

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

LE DOCTEUR OBISSIER

Officier de la Légion d'Honneur

Dont l'influence fut grande sur le choix de ma carrière.

A M. LE PROFESSEUR DREYFUS LE FOYER

Agrégé de Philosophie
Ex-Interne des Asiles

*A qui je dois le goût de l'étude.
Je le prie de trouver ici l'expression de
mon inaltérable affection.*

A M. LE DOCTEUR TREMOLIERES

Médecin de l'Hôpital Boucicaut
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a guidé mes premiers pas médicaux.
En témoignage de gratitude et de res-
pect pour ses conseils précieux.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BINET

Professeur de Physiologie à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Necker
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu me faire l'honneur
d'accepter la présidence de ma thèse.
Hommage de reconnaissance.*

A M. LE PROFESSEUR SERGENT

Agrégé à la Faculté de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui voulut bien me confier le sujet de
cette thèse.
Avec mes très respectueuses pensées.*

A M. LE DOCTEUR VINTRE

*Qui contribua hautement à me faire
aimer l'art médical.*

INTRODUCTION

Il semble y avoir des périodes d'engouement dans le diagnostic des affections.

— Décrites cliniquement au début, elles sont l'objet de maintes observations, puis bientôt sombrent dans l'oubli.

— Fondues dans une forme clinique d'affection plus ancienne et plus solidement établie, il leur faut un temps parfois très long et riche en discussions pour les voir échapper à la censure médicale.

— Tel est le cas de la typho-bacillose, entité morbide, qui doit trouver sa place dans l'échelle des affections bacillaires.

— Si sa symptomatologie est peu pathognomonique surtout au début pour nombre de cliniciens, il n'en est pas moins vrai que grâce aux examens complémentaires et en particulier à la radiologie, on peut en individualiser des formes nettes et ainsi porter un pronostic sur le diagnostic certain.

— Bien souvent si cette affection n'est pas étiquetée, c'est qu'en vérité on n'y pense pas assez — et j'ai cru sensé à propos d'un cas typique, d'en rappeler les premiers travaux, les controverses pa-

thogéniques, l'allure clinique de l'affection, et une observation faite récemment dans le service de M. le Professeur Sergent.

Elle illustre une fois de plus, que ce diagnostic peut être porté avec certitude, lorsqu'on s'est entouré des moyens d'investigation nécessaires; lorsqu'on a agité les diagnostics possibles que dictent les symptômes.

II. — HISTORIQUE

Rappelons en quelques mots l'historique de cette affection : C'est Landouzy qui le premier en 1882 en donne une description clinique.

« Dans l'immense majorité ces cas, nous dit-il, après trois ou quatre semaines d'une fièvre continue, accompagnée de prostration plus ou moins accusée, allant habituellement jusqu'à l'état typhoïde avéré avec sécheresse de la langue, avec hypertrophie plus ou moins nette de la rate (état pour lequel on porte suivant l'intensité de ces manifestations, le diagnostic de fièvre typhoïde, de typhoïdite ou d'embarras gastrique fébrile), le malade entre en convalescence. Mais généralement cette convalescence n'est pas franche, ce *bel appétit des dothiéntériques convalescents ne se manifeste pas*, l'amaigrissement persiste. Au bout de quelques semaines ou de longs mois apparaissent brusquement ou sourdement les signes d'une localisation tuberculeuse pulmonaire ou pleurale le plus souvent, assez fréquemment méningée chez l'enfant.

Parfois la convalescence qui suit la typho-bacillose paraît tout à fait franche et de bon aloi; l'apyrexie est complète, on touche à la guérison et cependant ici encore, on voit survenir plus ou moins

tard, et plus ou moins brutalement, une localisation tuberculeuse.

Presque toujours les typhoïdiques-bacillaires guéris de leur fièvre demeurent en gestation de tuberculose et quelques semaines, quelques mois ou plusieurs années après la septicémie initiale, ils se démasquent tuberculeux. C'est donc seulement après avoir fait un stage dans la bacillose, que la typho-bacillose entre dans l'anatomo-pathologie et dans la symptomatologie tuberculeuses. »

Puis vient le stade des recherches expérimentales où un certain nombre d'auteurs ont cherché à reproduire le type clinique décrit par Landouzy. Yersin inoculant des lapins avec des bacilles aviaires a obtenu des périodes fébriles de quinze à vingt jours avec abattement et amaigrissement. A l'autopsie, on trouvait des lésions congestives et dégénératives sans granulations ni tubercules macroscopiques.

Strauss et Gamaléia, Pillet, ont obtenu les mêmes résultats chez le cobaye et chez le lapin.

Gougerot a réalisé le syndrome d'une manière encore plus complète : observant chez les animaux inoculés une phase aiguë typhoïdique puis une rémission complète suivie au bout d'un temps plus ou moins long d'une tuberculose banale. Il a même pu observer une guérison après une phase aiguë de typho-bacillose.

De ces travaux résultait fatalement un essai d'examens de laboratoire ayant pour but de facili-

ter le diagnostic. On pensait en effet que la septicémie tuberculeuse se mettrait facilement en évidence par l'inoculation de sang de sujet contaminé au cobaye.

Il n'en fut rien. Et au début les détracteurs de l'affection ont cru gagner du terrain : des recherches entreprises pour démontrer la bacillémie restèrent négatives, cependant que les examens radiologiques décelaient des lésions pulmonaires en faveur de cavernes ou de granulies. La typho-bacillose paraissait être plagiée; elle devenait forme clinique d'une autre forme de tuberculose à localisation précise. Ce n'était pas une affection spéciale due à la bacillémie. Mais cela ne fut que transitoire et fréquents ont été les cas où la radiographie n'a pu révéler aucune image granulique ni cavitaire; mais seulement un ganglion dilaté, un simple voile pulmonaire, un épanchement suffisants pour signer la nature tuberculeuse de l'affection à allure typhique.

Sans doute disait-on : il y a localisation, ce n'est plus une septicémie. Cela est vrai. De là les discussions pathogéniques qui vont suivre ouvrant le troisième stade dans l'histoire de la maladie :

Pour Landouzy la typho-bacillose était une septicémie tuberculeuse. Le bacille de Koch charrié dans le sang provoquait le syndrome typhique, puis allait se fixer en quelque lieu de l'économie, déterminait la germination de la lésion, deuxième phase

clinique de rémission et aboutissait aux signes cliniques de la troisième phase, dite de localisation.

La notion de septicémie primait tout, c'était elle la cause de la maladie et de sa forme particulière. Gougerot soutenant la même thèse disait en 1908 : « Il s'agirait d'un bacille transitoirement spécialisé comparable aux bacilles aviaires et aux bacilles humains homogénéisés. Ces derniers restent à l'état isolé et se reproduisent ou se disséminent sans former d'amas cohérents. Or, cette dissémination de bacilles isolés pourrait expliquer la structure atypique non folliculaire des lésions de la typho-bacillose; d'autre part l'intensité de la dissémination et de la multiplication des bacilles expliquerait la violence de la toxémie, d'où la gravité et l'évolution aiguë de la typho-bacillose.

Et n'est-ce pas la même idée de septicémie particulière qui fait dire à Calmette, à propos des maladies aiguës déterminées par l'ultra-virus tuberculeux: « Dans ce premier groupe de maladies dues aux éléments filtrables qui constituent notre ultra-virus, et qui ne sont pas d'emblée tuberculigènes prendront place, ainsi que le pensent actuellement certains auteurs tels que M. Emile Sergent, M. Léon Bernard et d'autres, un grand nombre de manifestations pathologiques locales telles qu'épanchements pleuraux, péricardiques, péritonéaux, méningés ou généralisés à type de septicémie, englobant particulièrement le syndrome de Landouzy. Septicémie si spéciale, où l'ultra-virus joue le premier rôle, et à

laquelle il propose de donner le nom de granulémie prébacillaire, précédant les localisations tuberculeuses ultérieures. »

Pour Broca elles seraient dues à une localisation constituant une tuberculose dite chirurgicale et succédant à une première phase de bacillémie.

Autrement dit : Pour Landouzy, première phase de bacillémie pouvant déclencher la typho-bacillose. Pour Broca la première phase de bacillémie passerait sous silence et ce n'est qu'en se localisant que naîtrait l'affection.

Puis on ne parle plus de bacillémie, et Hutinel ne veut y voir que la traduction d'une adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse, séparant ainsi le concept classique de typho-bacillose de la notion pathogénique de bacillémie.

Un an plus tard Tixier écrivait : « Le syndrome clinique qui répond à la forme de Landouzy n'a pas forcément pour corollaire une dissémination tuberculeuse, ce peut être une tuberculose localisée, mais non apparente; une tuberculose des ganglions médiastinaux qui ne devient appréciable qu'après une évolution fébrile de deux ou trois semaines. »

Donc, *bacillémie suffisant à elle seule pour déclencher la typho-bacillose. Puis bacillémie insuffisante. Enfin bacillémie inutile et même absente.* Que conclure ? On peut affirmer et les observations de M. Emile Sergent, de Péhu, de Dumarest et Mol-

lard, sont multiples; elles arrivent toutes à la conclusion suivante : Au cours de la typho-bacillose, l'examen radiographique du thorax fournit des renseignements de premier ordre, ils montrent les images des lésions que l'examen clinique ne fait en aucune manière soupçonner. En outre, il apporte la preuve tangible, indiscutable, que le syndrome de typho-bacillose se présentant sous les aspects cliniques d'une septicémie sans détermination viscérale, est en réalité causé par des altérations anatomiques.

Les examens radiographiques décèlent, en règle générale, des lésions hilaires ou para-hilaires. On peut presque affirmer que la dite affection ne peut plus être considérée comme une septicémie au sens strict du mot qu'on lui donnait jadis.

Telle est l'évolution historique : Clinique tout d'abord, puis expérimentale; essayant de s'éclairer ensuite par les progrès des examens de laboratoires, gênés en réalité par eux, au point de faire presque disparaître son entité pathologique; ouvrant enfin la voie aux controverses pathogéniques; tendant enfin actuellement à rétablir dans un nouvel accord avec le laboratoire, les vues exactes de Landouzy.

SYMPTOMATOLOGIE

Dans la forme de typho-bacillose généralisée de l'adolescent prise pour type :

Le début est en règle générale insidieux et progressif. Un sujet jeune accuse un malaise vague, général, s'accompagnant de céphalée, d'insomnie, de courbatures, d'asthénie en même temps que la température monte rapidement à 39, 39°5. Puis en une à deux semaines, l'affection se complète progressivement et l'état général du malade rappelle grossièrement celui d'un typhique. Le malade est abattu, somnolent, sa température oscille autour de 40°, mais le pouls, chose importante, est accéléré à 120 environ. L'abdomen peut être légèrement ballonné. Il peut y avoir de la diarrhée, plus souvent de la constipation, mais la langue reste humide, il n'y a pas de taches rosées lenticulaires. La fosse iliaque droite est peu sensible. Bref, il s'agit d'un malade à très mauvais état général et à température élevée.

On va pratiquer une hémoculture, et surtout un séro-diagnostic, enfin une copro-culture, mais ce sera presque par principe, car au point de vue clinique pour un œil un peu avisé, ce n'est pas une typhoïde. Il n'y a pas non plus vraisemblablement de suppuration profonde pouvant expliquer cette

fièvre hectique. C'est alors que l'on va penser à la granulie, que l'on va rechercher dans les semaines précédentes des signes d'imprégnation tuberculeuse; que l'on va essayer de dépister un autre foyer tuberculeux par un examen général, génital en particulier : épididymite tuberculeuse ou des cicatrices de petits foyers éteints : cicatrices d'abcès froids.

Du reste après un certain temps d'évolution, temps où les séro-diagnostics se seront tous révélés négatifs, où la coproculture sur gélose lactosée tournesolée n'aura montré aucune colonie bleue, quelques signes respiratoires vont apparaître attirant l'attention : Au premier plan une polypnée parfois vive, 45 à 50, confirmée souvent, d'ailleurs, par la diminution généralisée du murmure vésiculaire, l'hyperthermie douloureuse des plans cutanés, des signes d'épanchements pleuraux, tous faisant suspecter l'affection. Par ailleurs, il peut exister une réaction méningée, céphalée, raideur de la nuque, kernig, paralysie oculaire. Ou une réaction péritonéale que l'on recherche par la douleur abdominale et du météorisme. Enfin on explorera les régions ganglionnaires où l'on trouvera souvent une micro-poly-adénopathie.

Certes, ces signes sont inconstants, tardifs, souvent estompés, mais d'une valeur présomptive considérable, d'autant plus qu'ils s'associent à l'amaigrissement précoce presque constant, rapidement progressif, et de haute valeur diagnostique. *Le malade atteint de typho-bacillose est en somme un ma-*

lade d'état général shocké fébrile, de langue propre, conservant un bon appétit et pourtant continuant à maigrir.

Les examens complémentaires à pratiquer sont:

— La cuti-réaction tuberculinique d'interprétation malheureusement discutée, pouvant être négative pour certains par anergie tuberculeuse, elle peut être positive pour d'autres et acquiert alors une valeur considérable chez le nourrisson. Toutefois il importe de dire qu'une réaction phlycténulaire irait contre un diagnostic de typho-bacillose.

— La numération globulaire et la formule leucocytaire révèle de l'anémie avec polynucléose neutrophile ou formule blanche normale.

— La culture du sang sur Lowenstein est en règle négative.

— L'inoculation au cobaye donne un résultat trop tardif.

— La recherche du bacille de Koch dans les crachats et dans les selles reste le plus souvent négative.

— En réalité un seul examen a une valeur réelle et permet d'affirmer le diagnostic, c'est la radiographie : elle montre toujours une lésion hilare ou para-hilaire à type d'opacité plus ou moins étendue. Elle précise un ganglion dilaté, le plus souvent latéro-trachéal. Et surtout elle peut déceler un

épanchement pleural parfois encore très localisé au début, en montrant le comblement d'un sinus et le flou de l'hémi-coupole diaphragmatique du côté correspondant. Citons enfin que dans le parenchyme on peut avoir parfois des images en grain de sagou classique type granulique : semis de taches de volume variable, petits grains opaques jetés sur des plages pulmonaires normales, criblant une région du champ pulmonaire, et de taille inégale. Ce peut être aussi un aspect sablonneux très finement grenu, que l'observation attentive au négatoscope montre dû à d'innombrables petits grains qui semblent se toucher. En somme, image dans ce cas granulique mais limitée, et qui, étant donné l'évolution de la maladie, ne peut donner son nom à l'affection.

L'évolution à partir de ce stade est peut-être le temps capital de l'affection. C'est elle qui, en principe, permet de confirmer le diagnostic. En effet, une accalmie va pouvoir s'établir : après une descente très irrégulière, en lysis capricieux, la température redevient normale ou sensiblement; et cette rémission peut être définitive. Sans doute elle peut n'être que momentanée et la maladie reprend alors, sous une forme localisée, pulmonaire ou extra-pulmonaire, voire même sous une forme généralisée aiguë. Mais on peut dire que par un diagnostic sûr, plaçant le malade dans de bonnes conditions thérapeutiques, elle reste dans les cadres de la tuberculose curable.

Telle est la forme typique, mais il peut exister:

— des formes latentes à type d'embarras gastrique fébrile évoluant en deux périodes : il s'agit en effet d'un simple embarras gastrique. Le malade anorexique présente des nausées, parfois un vomissement. Il se sent mal à l'aise, il est à peine fébrile, la langue est saburale. L'examen du tube digestif et de divers appareils ne révèle rien d'anormal. Souvent même il est pris pour un simulateur, lorsque, quinze jours ou trois semaines après, survient un accident pleural signant la nature tuberculeuse.

— Signalons la typho-bacillose forme de primo infection tuberculeuse, ce qui du reste, demeure très rare.

— Parfois au contraire elle peut survenir chez un tuberculeux connu; atteint de tuberculose osseuse ou ganglionnaire, ou ayant fait quelques années auparavant une localisation du même genre.

— Il est à noter sa fréquence relative chez les nourrissons, où elle peut revêtir une forme pulmonaire, méningée ou le plus souvent digestive. Dans ce dernier cas, elle s'accompagne de diarrhée et de vomissements, d'anorexie, et de perte de poids; parfois s'ajoute une élévation thermique d'ailleurs inconstante. Après un traitement approprié, le diagnostic est soupçonné par la persistance des troubles digestifs qui demeurent rebelles. L'examen révèle un foie hypertrophié. Une rate un peu augmentée

de volume, et surtout la présence fréquente de petits ganglions.

L'examen radiographique enfin pourra souvent préciser le chancre d'inoculation.

L'évolution est souvent longue, d'allure subaiguë.

— Citons enfin que chez le vieillard, l'affection revêt une allure torpide et fruste, voir même latente.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif sera basé sur :

L'enquête clinique comportant la recherche des antécédents tuberculeux évidents, ou de légers signes d'imprégnation tuberculeuse; sur l'asthénie et l'amaigrissement; sur la négativité des hémocultures et des séro-diagnostic; sur la recherche des bacilles de Koch dans les crachats tout d'abord qui, en dépit des examens nombreux après homogénéisation reste souvent négative; mais aussi recherche dans le sang par inoculation de quelques centimètres cubes de sang au cobaye, ne donnant d'ailleurs que des résultats inconstants et tardifs. La recherche directe des bacilles de Koch par la méthode de Ziehl, sur une parcelle du caillot, d'après la méthode de Sabatte et Buquet, donnerait des résultats inconstants.

Mais c'est surtout à la radiographie qu'il faut attribuer une valeur diagnostique réelle.

Quant à la cuti-réaction, elle pourrait être positive dans certains cas, mais resterait le plus souvent négative.

Enfin la ponction pleurale confirmant l'épanchement, affirme la nature tuberculeuse. Ni la

grippe, ni la fièvre typhoïde ne donnent cette lame de liquide pleural.

Le diagnostic différentiel peut se poser différemment suivant les stades où on le considère.

Dans les deux premiers septonaires, si on n'a pas encore pratiqué un examen radiographique, on pense avant tout à la fièvre typhoïde.

Nous avons vu sur quoi nous baser pour l'éliminer.

C'est aussi à une septicémie colibacillaire ou à pyogènes banaux que l'on peut penser.

C'est enfin à une forme de fièvre rhumatismale subaiguë et surtout à une granulie à forme typhique qui se confond, il faut le dire, bien souvent au début. Cette dernière affection peut être incriminée, si l'on n'a pas pratiqué l'examen radiographique mais, dirons-nous, même s'il a été fait, puisqu'on a pu voir, d'ailleurs assez rarement, des images en grains de sagou dans les affections à évolution favorable.

Ce n'est que plus tard, après une évolution de trois semaines ou un mois, que le diagnostic sera plus aisé par l'allure moins maligne de la maladie. Alors, dira-t-on, ce diagnostic ne se fait qu'au déclin ? Et nous sommes obligés, dans bien des cas, de répondre à cette question par l'affirmative.

TRAITEMENT

Suivant les conseils de M. le Professeur Emile Sergent :

Dès le diagnostic fait il importe tout d'abord de cesser la diète instituée, qui ne peut qu'affaiblir le malade et l'empêcher de lutter contre les toxines du bacille de Koch. Aussi faut-il lui donner une alimentation variée et abondante.

De plus, donner trois fois par jour, au milieu des trois principaux repas, dans un peu d'eau, un cachet de la composition suivante :

Phosphate de chaux 0,50.

Carbonate de chaux 0,30.

Chlorure de sodium 0,15.

Magnésie calcinée 0,10.

Puis, entre chacun des principaux repas :

Prendre X gouttes d'adrénaline dans une cuillerée à bouche d'eau, de la manière suivante : Après avoir laissé le malade un quart d'heure sans parler et avoir pratiqué un lavage de bouche, lui donner la solution qu'il doit garder le plus longtemps possible. Agissant ainsi, la salive en quantité minime ne peut entraver les effets de l'adrénaline.

OBSERVATION PERSONNELLE

La malade que nous avons dans le service est une jeune fille de seize ans, brodeuse.

Elle était entrée pour un état fébrile le 23 août 1939 avec une légère céphalée, sans localisation spéciale frontale ou occipitale. Par un mot de son médecin, nous apprenons que cet état dure depuis neuf jours. Le début avait été alors marqué par une légère angine et quelques épistaxis très peu abondantes, une température à 38°, et un pouls calme à 76 pulsations.

L'examen général restait alors, à part ces signes, absolument négatif.

Cependant, dans les jours suivants, son médecin venant la revoir, fut frappé par sa pâleur et son asthénie intense. Il constata une élévation progressive de la température dissociée d'ailleurs avec le pouls qui restait calme. La malade se plaignait en plus de céphalée. Aussi, en dépit d'un examen général encore négatif, et devant ces signes persistant et s'aggravant, il conseilla à la petite malade d'entrer à l'hôpital.

À son arrivée le neuvième jour de sa maladie, nous sommes alors en présence d'une jeune fille au visage pâle, comme « transparent », impression masquée d'ailleurs par un teint très mat, auquel

nous attribuons cet aspect. La conjonctive n'est pas décolorée, ses cheveux sont très fins, ses membres sont grêles, tous détails qui trouvent ici toute leur valeur. Par ailleurs, elle n'est aucunement abattue, parle et rit avec nous. Elle déclare avoir très bon appétit, et se désole de la diète que nous nous proposons de lui imposer. Elle ne tousse pas, ne se plaint d'aucun trouble digestif, sauf une légère constipation; en particulier nous ne trouvons pas d'état diarrhéique, ayant suivi de près l'ingestion d'aliments douteux.

Dans ses antécédents on note seulement la rougeole, il y a dix ans, normale, et sans complications. Rien à signaler dans ses antécédents familiaux.

A l'examen nous ne trouvons aucune tache suspecte; et en particulier, les régions lombaires et la base du thorax ne montrent rien d'anormal. Le ventre respire bien, il est souple; le foie ne déborde pas le rebord costal, mais la rate est un peu volumineuse : percutable sur trois travers de doigt, mais non palpable. L'examen du cœur reste négatif, les poumons sont normaux à l'examen stéthoscopique. Les réflexes tendineux, cutanés, pupillaires sont normaux. La température est à 39°5, le pouls à 76.

Bref, devant ce tableau constitué quasi uniquement par les troubles fonctionnels à type de céphalée légère et d'hyperthermie dissociée avec le pouls, nous ne pouvions pas nous borner à l'étiquette d'état grippal, et nous avons pratiqué ce jour même une hémo-culture.

Le douzième jour, on pratique un séro-diagnostic.

Le quatorzième jour, apparaissent des taches rouges siégeant sur le tronc, à la base du thorax, et sur la région sacrée. Constituées par de petits éléments rouges, arrondis, non surélevés, de 2 mm. de diamètre environ, mais s'effaçant très nettement à la pression. Parmi eux, il en existait d'une autre sorte : centrés par un point, ils paraissaient folliculaires; leur constatation cependant nous fit fortement suspecter une dothiéntérie en dépit des résultats négatifs de l'hémo-culture pratiquée au neuvième jour et du séro-diagnostic pratiqué au douzième. Toutefois, disions-nous, peut-être l'hémo-culture a-t-elle été déjà trop tardive, et le séro-diagnostic, n'aurait-il pas eu lieu dans la zone neutre bien connue, à l'articulation du premier et du deuxième septenaire.

Et tout de même, ces éléments rouges, paraissant polymorphes, n'étaient-ils pas dus au frottement des draps assez rigides de l'hôpital!

Nous ne pouvions, à ce moment, faire de diagnostic précis. Le mieux était de répéter les séro-diagnostic, de faire une copro-culture pour rechercher le bacille d'Hébert; ce qui fut fait.

Le dix-huitième jour : séro-diagnostic encore négatif.

Le dix-neuvième jour : la copro-culture faite sur gélose lactosée tournesolée n'a pas montré de colonies bleues. Tout le milieu a viré au rouge, et

l'on pouvait noter la présence de bacilles mobiles, Gram - : donc colibacille.

C'est alors que l'on commença à douter du diagnostic porté. Les examens négatifs persistants, le manque total de tufhos, la disparition de la céphalée, l'absence de troubles digestifs, accentuaient notre hésitation. La possibilité de fièvre rhumatismale subaiguë, si fréquente chez l'enfant, et susceptible de ne s'accompagner d'aucune manifestation articulaire s'offrait à notre esprit. Nous pensions aussi à la possibilité d'une septicémie à colibacille ou à pyogènes banaux; à l'extrême même, pouvait-il s'agir d'un état fébrile cryptogénétique, comme il peut en exister.

Nous en étions là quand, dans la nuit du vingtième au vingt et unième jour, la petite malade se plaignit d'un point de côté intense, siégeant dans la région thoracique droite, gênant considérablement la respiration et exagéré par elle. Le matin du vingt et unième jour, la température qui était jusqu'alors en plateau à 39°, dissociée nettement d'avec le pouls, environ à 76, jamais dicrote, atteint 40°, en même temps que le pouls s'accélérait à 112. La langue était rosée et humide. Les troubles digestifs toujours absents. L'abdomen souple. Le cœur non défaillant. Les examens de laboratoire toujours négatifs. Avant même l'auscultation et la radiographie, sur ces seules constatations, on avait déjà le droit de parler de typho-bacillose. Seul un dernier doute subsistait : la malade avait eu la veille une

alimentation carnée pouvant expliquer l'hyperpyrexie; le point de côté pouvait être une douleur abdominale. L'examen de M. Sergent leva le doute, en révélant une diminution de la sonorité du sommet droit à la percussion, cadrant avec une respiration soufflante, et une petite douleur sus-épineuse à la pression. Par ailleurs il y avait : submatité à la base droite, abolition des vibrations vocales, abolition du murmure vésiculaire à cette même région.

On demande alors un examen radiographique, qui, pratiqué avec le plus de précautions possibles, révéla : un gros ganglion latéro-trachéal droit, le sinus droit complètement comblé, et une opacité du sommet droit.

Le diagnostic est alors certain : il s'agissait bien d'une tuberculose ayant débuté avec allure typhique et s'étant accompagnée d'une réaction exsudative à une base, donc : d'une typho-bacillose.

Actuellement, la petite malade est en traitement dans le service; son état est stationnaire, plutôt amélioré. L'appétit est même excellent; il semble qu'elle entre dans la période de rémission qui pourra lui permettre sous peu de partir pour le sanatorium.

Quelles conclusions en déduire ?

Deux points de vue nettement opposés sont à considérer :

— Pratique et clinique tout d'abord et en s'élevant plus haut.

— Mi-médical, mi-philosophique et pathogénique ensuite.

— Disons sans tarder qu'en présence d'un état pyrexique, continu, semblant anormal, à allure pseudo-typhique, chez un sujet non vacciné par le T.A.B. et, à plus forte raison, chez un sujet vacciné, on doit penser à la typho-bacillose; s'entourer de tous les moyens d'investigation possibles pour mettre au clair le plus rapidement le diagnostic, en vue d'instituer le traitement adéquat.

— Mais allons plus avant : Voilà une enfant de seize ans, dont les antécédents héréditaires sont nuls; qui n'a jamais eu aucune maladie, si ce n'est la rougeole : maladie anergisante, dira-t-on sans doute, mais tout de même ayant eu lieu il y a longtemps, s'étant passée normalement et n'ayant été suivie d'aucune complication. Or maintenant elle est atteinte de typho-bacillose. Que s'est-il passé ?

Cet accident est-il le résultat du premier choc avec le bacille de Koch; est-ce une réaction de réinfection; est-ce une surinfection ?

Dans le cas présent, il est bien difficile de le dire, car on n'a jamais pratiqué chez elle de cuti-réaction, et l'on n'a jamais fait de radiographie pulmonaire. Si l'on veut écouter les auteurs qui ont travaillé en premier à l'affection, on croit avec Landouzy à la bacillémie, à la septicémie sans localisation. Avec Broca à la nécessité d'un foyer profond faisant suite à la bacillémie. Et nous dirons avec

M. Courcoux, qu'actuellement on ne peut plus envisager la bacillémie au sens strict que ce mot possédait il y a quelque cinquante ans.

Aussi personnellement n'a-t-on pas le droit de dire qu'il y a au début bactériémie, c'est-à-dire septicémie légère et transitoire, déterminant un foyer : localisation primitive « prima-komplex » qui un jour pourra se réveiller sous une influence quelconque et réaliser à la fois un double phénomène : toxémie par décharge de toxines dans l'organisme et septicémie par décharge de bacilles eux-mêmes.

Mais « primar-komplex » avons-nous dit, tout est là. A quand remonte-t-il ; quand a-t-on le droit de dire : voilà le premier contact avec le bacille tuberculeux ? Est-ce lorsque l'on voit virer la cuti-réaction, en même temps que s'affirme la localisation radiographique ? C'est pourquoi, sentant la nécessité de remonter toujours et de voir les choses de plus en plus haut, il nous serait possible de dire *que tout semble se passer comme si nous naissions avec des tendances*. Cela nous paraît d'ailleurs aussi vrai physiologiquement que moralement. Nous sommes un faisceau de possibilités de réactions (définissant ainsi l'état allergique) faisceau qui lui-même serait le reflet des circonstances extérieures. Nous sommes une véritable palette, faite non pas d'anticorps, mais de capacité de les fabriquer. Et puis, nous sommes lâchés dans la vie où nous rencontrons toutes sortes d'éléments infiniment petits. Vis-

à-vis d'eux nous réagissons, et cela, différemment suivant eux et suivant nous.

Suivant eux : selon leur virulence, leur nombre, le degré de leur cycle évolutif, leur forme.

Suivant nous : selon notre âge, nos conditions de vie, notre hygiène, notre nourriture, notre climat, en un mot notre *terrain*.

La première fois que nous les rencontrons, notre vie durant, ils marquent forcément leur empreinte sur nous : « *prima-komplex* » passant d'ailleurs *apparemment* très souvent inaperçus ; mais *apparemment*, car il n'est d'agents extérieurs si minimes qu'ils soient qui ne créent en notre organisme une réaction, d'ailleurs à considérer, comme un essai thérapeutique naturel.

Les choses en restent là, jusqu'au moment où nous les rencontrons une autre fois ; et là trois issues sont possibles :

— Ou nous sommes forts et nous restons insensibles.

— Ou nous sommes faibles et nous faisons une maladie de gravité moyenne : typho-bacillose pour le cas du bacille de Koch.

— Ou enfin nous sommes très faibles et nous faisons en l'occurrence une *granulie*.
les deux faces de la médaille. C'est là le résultat

En somme : typho-bacillose et granulite sont d'une différence de degré, une manifestation d'aller-

gie. Il n'y a que graduation depuis le premier contact dont on ignore la date, puisque la tendance congénitale est elle-même le résultat de contacts variables depuis l'origine du germe lui-même, posant le problème de la modification et de la transformation des germes.

Ainsi donc, la typho-bacilliose est un échelon dans la TUBERCULINÉMIE du point de vue pathogénique. Il n'y a pas, et il ne peut pas y avoir de cloison étanche entre le premier contact et la granulite. Echelon, avons-nous dit, mais qui au point de vue clinique devient une plate-forme sur laquelle on peut établir une pyramide de faits. A ce point de vue cette affection est une forme établie de tuberculose; une entité morbide; et en présence d'un tel malade, il nous est permis, exception mise à part, d'établir un pronostic beaucoup moins sombre que dans nombre d'autres formes de l'affection bacillaire.

Vu : *Le Doyen,*
TUFFENEAU.

Vu : *Le Président,*
LÉON BINET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSEY.

BIBLIOGRAPHIE

Typho-bacilllose

M. Accorimboni. — Le setticemie tubercolari senza metastasi specifiche (tifo-bacillosi del Landouzy) (Riv. di pat. e clin. d. tuberc. 10: 413-422 30 juin 1936).

Ardoin et Guelpa. — Un cas de typho-bacilllose suivie de pleurésie séro-fibrineuse avec état alarmant radicalement guérie par quelques injections de sérum de Jousset. (Le Prat. du Nord de l'Afrique, N° 58, 15 mai 1934, p. 301.)

Raruk, Sauvage et Albane. — Démence précoce grave, consécutive à une typho-bacilllose. Guérison des troubles mentaux après une coxalgie et une polysérite tuberculeuse. (Soc. Méd. Psychologique 19/12/33 - Annales Médico-Psychologiques N° 5, déc. 1933.)

E. Bernard. — Qu'entendre aujourd'hui par typho-bacilllose ? (La Semaine des hôp. de Paris, 1^{er} avril 1935 N° 7.)

J. Brandy. — La typho-bacilllose. (Le Concours Médical, N° 9, 3 mars 1935.)

- J. Brandy.* — Contribution à l'étude de la typho-bacillose. (Thèse de Paris, Arnette, 1934.)
- J. J. Delaroche.* — Typho-bacillose et sérum de Jousset. (Thèse de Paris 1935, Ed. Vigot Frères.)
- M. Faure-Beaulieu et Mlle C. Brun.* — Etude bactériologique et expérimentale d'un cas de typho-bacillose. (Comm. Sté Médic. des Hôp. de Paris, Séance du 13 juillet 1934 - in. Bull. et Mém. Sté Méd. des Hôp. de Paris N° 25, 23 juillet 1934, p. 1268.)
- P. Guérin.* — Le sérum de Jousset dans les typho-bacilloses. (Soc. Méd. des Praticiens, juillet-août 1936.)
- C. Hegler.* — Zur Klinik der typho-tuberkulose (Typho-bacillose « Landouzy » Sepsis tuberculose acutissima) (Deutsches Arch. f. Klin. Med. 183 : 1-7, 1938).
- A. Jacquelin et J. Wetterwald.* — Les typhobacilloses : leur méconnaissance fréquente. (La Médecine Internat. Illustrée. XLVI° Ann. - N° 1, janvier 1938.)
- A. Jacquelin.* — La typho-bacillose. (Bulletin Médical, supplément au N° 3 du 15 janv. 1938.)
- Mende de Leon.* — La typho-bacillose de Landouzy (Nederlandsch Tijdschrift voorgeneeskunde, 29 mai 1937, p. 2505-2509).

H. Mollard, M. Duret. — La typho-bacillose. (Journ. de Méd. et de Chir. Prat. t. CIX, 10 novembre 1938, p. 569.)

Naguib Asaad. — Typho-bacillose. (Presse Médicale d'Egypte, N° 392, janv. 1937.)

Prof. O. Nageli. — La typhobacillose de Landouzy, séance du 20 janvier 1937. (Bull. de l'Académie de Méd. de Roumanie, N° 1, p. 3-7, 1937.)

J. Paraf. — La typho-bacillose. (Le Progrès Médical N° 7, p. 231-232, 18 février 1939.)

Payan, J. Olmer, Camus. — Typho-bacillose terminée par une méningite avec paraplégie flasque myélitique. (Sté de Méd. de Marseille S/ 25 juin 1935 - in Arch. de Méd. Générale et Coloniale, 1935, N° 8.)

Payan, J. Olmer, Camus. — Typho-bacillose terminée par une méningite avec paraplégie flasque myélitique. (Sté de Méd. de Marseille, séance du 26 juin 1935 in - Marseille Médical 15 août 1935.)

G. Poix, R. Azoulay, Brandy. — Conception actuelle de la typho-bacillose. (Presse Médicale 20 juillet 1935, N° 58.)

O. Rohmer, A. Vallette. — Avenir éloigné des réactions périfocales et typho-bacilloses de l'enfant. (Bull. Soc. de Pédiat. de Paris 34 : 657-660, nov. 1936.)

David Roit. — Importance de l'examen radiologique du poumon au cours de la typhobacillose. (Thèse de Paris 1936, Librairie Médicale M. Vigne, 11 et 13, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris)

L. Ramond. — Etat typhoïde et tuberculose. (Presse Médicale 47°: 71-72, 14 janv. 1939.)

Thomassen. — Rapports entre la grippe (typhobacillose), la pleurésie et des foyers tuberculeux de la peau, des os, et des articulations - Nederlandsch Tijdschrift Voor Geneesrunde, N° 19, 13 mai 1933.

J. Troisier, M. Bariéty, T. de Sanctis Monaldi, P. Nico. — Primo infection tubercul. de l'adulte. Quatre cas de typho-bacillose bénigne avec érythème noueux et complexe primaire radiologique. (Bull. Sté Méd. des Hôp. de Paris, N° 28, 20 novembre 1933.)

Troisier, Sanctis Monaldi. — Typho-bacillose expérimentale du singe et de l'homme. (Annales de l'Institut Pasteur, N° 2, août 1933.)

J. Troisier, M. Bariéty, G. Brouet. — Primo infection tuberculeuse maligne de l'adolescent (typho-bacillose, érythème noueux, lésions pulmonaires nulkéro-caséuses précoces, adénopathie trachéo-bronchique, caséuse. (Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris 54 : 234-239, 14 février 1938.)

M. Vaucel et G. Hasle. — Un cas de typhus à forme méningée. (Bull. de la Soc. Médico-Chir. de l'Indochine, séance du 21 mars 1935, Tome XIII - N° 2, fév.-mars 1935.)

Je dois remercier vivement le D^r Astier d'avoir bien voulu mettre ses fichiers à ma disposition; je n'ai qu'à me louer de leur concours précieux.

